

VALTUUTUS ALLE 12-VUOTIAAN PUOLESTA ASIOINTIIN

Valtuutus alle 12 -vuotiaan puolesta asiointiin

Wiitaunionin terveyskeskus tarjoaa sähköisen asioinnin mahdollisuutta eTerveyspalveluun alle 12 - vuotiaan viralliselle huoltajalle/huoltajille terveyteen ja kiireettömään sairauteen liittyvien asioiden hoitamiseksi. eTerveyspalveluun kuuluvat sähköinen ajanvaraus, viesti-, tekstiviesti- ja lomakepalvelu.

Puolesta asiointi edellyttää, että huoltaja antaa ensin oman sähköisen asioinnin suostumuksensa joko sähköisen asioinnin portaalin kautta tai terveydenhuollon yksikössä. Puolesta asioivan nimi ja henkilötunnus kirjataan asiakkaan potilastietoihin osaksi Wiitaunionin terveyskeskuksen potilasrekisteriä. Puolesta-asioija käyttää omia henkilökohtaisia verkkopankkitunnuksia, mobiilivarmennetta tai HST-korttia asioidessaan toisen henkilön puolesta.

Alla oleva lomake palautetaan huoltajan/huoltajien allekirjoittamana Wiitaunionin terveyskeskukseen, jossa valtuutus arkistoidaan. Mikäli molemmat vanhemmat ovat huoltajia, tarvitaan molempien vanhempien allekirjoitus joko samalla tai eri lomakkeella. Huoltaja/huoltajat ovat velvollisia ilmoittamaan kaikista asiointiin liittyvistä muutoksista erillisellä puolesta asioinnin muutos- ja päättämislomakkeella. Puolesta asiointi päättyy automaattisesti lapsen täyttäessä 12 vuotta.

VALTUUTUS ALLE 12-VUOTIAAN PUOLESTA ASIOINTIIN

Huoltajatiedot

Yhteishuoltajuus

Yksinhuoltajuus

Haluan/haluamme puolesta asiointiin			
1 huoltajalle	<input type="checkbox"/>	2 huoltajalle	<input type="checkbox"/>
1. Huoltajan tiedot			
Huoltajan nimi			
Henkilötunnus		Puhelinnumero	
2. Huoltajan tiedot			
Huoltajan nimi			
Henkilötunnus		Puhelinnumero	

Huollettavien tiedot

Täytä alla oleviin kohtiin niiden alle 12 vuotiaiden huollettavien tiedot, joiden puolesta asiointiin valtuutus tehdään. Jos valtuutus tehdään useammalle kuin neljälle lapselle, täytä toinen lomake.

1. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
2. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
3. Huollettavan nimi	Henkilötunnus
4. Huollettavan nimi	Henkilötunnus

Olemme lukeneet suostumukseen liittyvät ehdot ja vakuutamme allekirjoituksilla antamamme tiedot oikeiksi

Aika ja paikka	
1. Huoltajan omakätinen allekirjoitus	
Nimen selvennys	
2. Huoltajan omakätinen allekirjoitus	
Nimen selvennys	